



**Plano de Contingência Dengue, Febre do
Chikungunya e Zika Vírus.**

2023

- **IDENTIFICAÇÃO**

- **1.1 Caracterização do Município**

- Nome do Município: **INÁCIO MARTINS - PR**
- Código IBGE: **411020**
- CNPJ da Prefeitura Municipal: **76.178.029/0001-20**
- Regional de Saúde: **4ª REGIONAL DE SAÚDE - IRATI**
- População (IBGE 2022 – zona rural e urbana): **9.670 habitantes**
- Data da criação do município: **Lei nº 4245 de 27/07/1960**
- Prefeito Municipal: **EDEMETRIO JUNIOR BENATO**
- Presidente da Câmara Municipal: **MARINO KUTIANSKI**
- Secretário Municipal de Saúde: **SANDRA APARECIDA DANIEL**
- Presidente do Conselho Municipal de Saúde: **ALBANI APARECIDA STRESSER**
- Coordenadora da Vigilância em Saúde: **SILVANE DO CARMO GAVRONSKI.**
- Coordenadora Municipal da Dengue: **VILMA APARECIDA DANTAS**

Membros da Câmara Técnica da Dengue:

- **Sandra Aparecida Daniel – Secretário Municipal de Saúde**
- **Vilma Aparecida Dantas – Coordenadora Municipal de Endemias**
- **Gilson Komar – Diretor do Departamento de Vigilância Sanitária**
Albani Aparecida Stresser– Presidente do Conselho

Municipal de Saúde

- **Silvane do Carmo Gavronski – Enfermeira Epidemiologia**
- **Silvane do Carmo Gavronski– Coordenadora Imunização**
- **Elaine Aparecida de Pontes – Enfermeira ESF Delcio Plepinski**
 - **Angela Adriane Sobolevski – Enfermeira ESF Rural II**
 - **Jocimara Aparecida das Neves – Enfermeira ESF Rural I**
 - **Priscila Prantl Sydor- Enfermeira UAPSF**
 - **Eder Lopes – Secretário Municipal do Meio Ambiente**
 - **Elcio de Almeida Campos – Responsável pelo Departamento de Obras**
 - **Marcos Aurélio Pereira – Secretário Municipal da Agricultura**
 - **Marinalda Fernandes – Secretária Municipal da Educação**

• EQUIPES DE ELABORAÇÃO

- Silvane do Carmo Gavronski.
- Vilma Dantas
- Neri Domingues
- Elaine Aparecida de Pontes

2.1 - Serviços de Vigilância em Saúde

- Silvane do Carmo Gavronski.
- Valdney Carlos de Andrade
- Gilson Komar
- Carlos Fernando Garcia
- Neri Domingues
- Vilma Aparecida Dantas
- Claudia Elis Antunes Vieira

3- APRESENTAÇÃO

É responsabilidade da gestão municipal no âmbito da saúde, manter o compromisso no combate à dengue, por meio da mobilização da população, atividades de educação em saúde envolvendo as Equipes de Saúde da Família e Vigilância em Saúde, com o intuito de manter a cidade livre dos vetores *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*.

Este ano houve a necessidade de adicionar ao plano de contingência as outras doenças que também são transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*: Febre do Chikungunya e Zika vírus.

O plano de Contingência da Dengue, Febre do Chikungunya e Zika vírus do município de Inácio Martins, tem o objetivo de intensificar as ações e estratégias de atendimento dos casos suspeitos com promoção e prevenção da doença. Norteando e direcionando o conhecimento para o enfrentamento da situação e controlando o surgimento de novos casos dessas doenças.

4 – INTRODUÇÃO

O histórico atual da dengue é muito preocupante, mesmo com todo o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde, a evolução mostra um crescente número alarmante de casos.

A ocorrência das Epidemias está relacionada diretamente ao fato da população

manter o lixo a céu aberto, mas características atípicas estão favorecendo o aumento dos casos como o clima e o desenvolvimento das larvas em água não limpas.

Os casos de Chikungunya passaram de 10 para 12, sendo 04 autóctones, ou seja, contraídos no próprio local de residência. Em relação ao Zika, são 03 casos confirmados.

Diante das informações se faz necessário o comprometimento da sociedade e da esfera do serviço de saúde municipal em manter o esforço no enfrentamento das doenças, mantendo o número zerado, e na impossibilidade conforme cenário nacional, no mínimo manter o controle da doença.

5- AS DOENÇAS: DENGUE, FEBRE DO CHIKUNGUNYA E ZIKA VÍRUS.

5.1 DENGUE

Caso suspeito de Dengue: Pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Aedes aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaleia, dor retro orbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

- **Dengue – Diagnóstico diferencial**

Dengue clássico (DC) – a dengue tem um amplo espectro clínico, mas as principais doenças a serem consideradas no diagnóstico diferencial são gripe, rubéola, sarampo e outras infecções virais, bacterianas e exantemáticas. Além das doenças citadas, outros agravos devem ser considerados de acordo com a situação epidemiológica da região.

Febre hemorrágica da dengue (FHD) – no início da fase febril, o diagnóstico diferencial deve ser feito com outras infecções virais e bacterianas e, a partir do 3º ou 4º dia, com choque hemotóxico decorrente de infecção bacteriana ou meningocócica. Outras doenças com as quais se deve fazer o diagnóstico diferencial são leptospirose, febre amarela, malária, hepatite infecciosa, influenza, bem como outras febres hemorrágicas, transmitidas por mosquitos ou carrapatos.

- **Dengue - Diagnóstico laboratorial**

Exames específicos – isolamento do agente ou métodos sorológicos que demonstram a presença de anticorpos da classe IGM, em única amostra de soro, ou o aumento do título de anticorpos IGG (conversão sorológica) em amostras pareadas.

Exames inespecíficos – hematócrito e plaquetometria são os mais importantes para o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com manifestações hemorrágicas e para pacientes em situações especiais: gestante, idoso (>65 anos), hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma brônquica, doença hematológica ou renal crônicas, doença severa do sistema cardiovascular, doença ácido-péptica ou doença autoimune.

5.2 FEBRE DO CHIKUNGUNYA

Ocorre a partir da picada por mosquito infectado com o CHIKV, a maioria dos indivíduos apresenta doença sintomática após um período de incubação de dez dias. Porém, nem todos os indivíduos infectados com o vírus desenvolvem sintomas. Análises sorológicas indicam que 3% a 28% das pessoas com anticorpos anti CHIKV apresentam infecção assintomática. Indivíduos agudamente infectados por CHIKV, seja clinicamente aparentes ou assintomáticos, podem contribuir para a propagação da doença se os vetores que transmitem o vírus estiverem presentes e ativos na mesma localidade. O CHIKV pode causar doença aguda, subaguda e crônica.

Na fase aguda da Chikungunya, a febre é alta, aparece de repente e vêm acompanhadas de dor de cabeça, mialgia (dor muscular), exantema (erupção na pele), conjuntivite e dor nas articulações (poli artrite). Esse é o sintoma mais característico da enfermidade: dor forte nas articulações, tão forte que chega a impedir os movimentos e pode perdurar por meses depois que a febre vai embora. Ao contrário do que acontece com a dengue (que provoca dor no corpo todo), não existe uma forma hemorrágica da doença e é raro surgirem complicações graves, embora a artrite possa continuar ativa por muito tempo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E LABORATORIAIS COMPARATIVAS ENTRE FEBRE DO CHIKUNGUNYA E DENGUE:

Características clínicas e laboratoriais	Infecção pelo vírus do CHIKV	Infecção pelo vírus da Dengue
Febre (>102°F ou 39°C)	+++	++
Mialgia	+	++
Artralgia	+++	+/-
Cefaléia	++	++ **
Erupção cutânea	++	+
Discrasias hemorrágicas	+/-	++
Choques	-	+
Leucopenia	++	+++
Neutropenia	+	+++
Linfopenia	+++	++
Hematócrito elevado	-	++
Trombocitopenia	+	+++

Fonte: Tabela modificada a partir de Staples; Breiman; Powers, 2009.

*Frequência média dos sintomas de estudos, onde as duas doenças foram diretamente comparadas entre pacientes que procuravam ajuda; +++ = 70%-100% dos pacientes; ++ = 40%-69%; + = 10%-39%; +/- = <10%; - = 0%.

**Geralmente retro orbital.

- **Febre do Chikungunya - Diagnóstico laboratorial**

Três tipos principais de testes de laboratório são utilizados para diagnosticar CHIKV: isolamento do vírus, reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) e sorologia. As amostras colhidas durante a primeira semana após o início dos sintomas devem ser testadas por dois métodos: sorológico (IgM e IgG ELISA) e virológico (RT-PCR e isolamento). As amostras são geralmente sangue ou soro, mas nos casos neurológicos com características meningoencefalíticas, líquido cérebro-espinhal também podem ser coletados. Para a detecção do vírus por isolamento e por RT-PCR a partir de tecidos e/ou órgãos a informação é limitada. Na suspeita de casos fatais, a detecção de vírus pode ser testada nas amostras disponíveis.

A seleção do teste laboratorial adequado baseia-se na origem da amostra (humana ou coleta de mosquitos) e na data de início dos sintomas, no caso de seres humanos.

5.3 ZIKA VÍRUS

Caso Suspeito de Zika Vírus: pacientes atendidos em unidades de saúde e pronto atendimento, que apresentem exantema maculopapular pruriginoso e febre, acompanhado de pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: hiperemia conjuntival sem secreção e prurido ou poliartralgia ou edema periarticular.

A doença Zika Vírus é caracterizada por exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça. Apresenta evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3 a 7 dias.

As informações sobre alterações típicas laboratoriais associadas são escassas, mas incluem, durante o curso da doença, leucopenia, trombocitopenia e ligeira elevação da desidrogenase láctica sérica gama glutamil transferase e de marcadores de atividade inflamatória (proteína C reativa, fibrinogênio e ferritina). Em recente relato clínico de dois casos de Zika Vírus importados da Polinésia Francesa para o Japão, houve a verificação de leucopenia e trombocitopenia moderada para ambos os casos; os mesmos achados laboratoriais foram observados recentemente em caso Zika confirmado em um viajante canadense que retornou da Tailândia.

O diagnóstico laboratorial específico de ZIKAV baseia-se principalmente na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos. O período virêmico não foi estabelecido, mas se acredita que seja curto o que permitiria, em tese, a detecção direta do vírus

até 4-7 dias após o início dos sintomas, sendo, entretanto, ideal que o material a ser examinado seja até o 4º dia. Os ácidos nucleicos do vírus foram detectados em humanos entre 1 e 11 dias após início dos sintomas e o vírus foi isolado em primata não-humano até 9 dias após inoculação experimental. No momento, **não há sorologia disponível comercialmente para detecção de anticorpos para Zika Vírus no Brasil**. Atualmente **só há disponibilidade para realização de isolamento viral e RT-PCR**, restrito aos nossos Laboratórios de Referência.

6- SITUAÇÃO LOCAL

A expansão da dengue no país é resultado do crescimento desordenado das cidades e principalmente da falta de cuidados da população com o lixo. Inácio Martins concentra 57,46% da população em área urbana e mesmo não sendo município infestado, as equipes desenvolvem ações de controle da Dengue.

6.1- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

ANO	SITUAÇÃO	RESULTADO
2007	01 notificações	Descartado Laboratorialmente
2008	Nenhuma notificação	Nenhuma notificação
2009	Nenhuma notificação	Nenhuma notificação
2010	Nenhuma notificação	Nenhuma notificação
2011	01 Notificação	Descartado laboratorialmente
2012	Nenhuma notificação	-
2013	Nenhuma notificação	-
2014	Nenhuma notificação	-
2015	01 notificação	Descartado laboratorialmente
2016	Nenhuma notificação	-
2017	Nenhuma notificação	-
2018	Nenhuma notificação	-
2019	Nenhuma notificação	
2020	02 notificações	- 01 Descartado laboratorialmente - 01 Confirmado (importado)
2021	Nenhuma notificação	Nenhuma notificação
2022	Nenhuma notificação	Nenhuma notificação

Fonte: SINAN – Inácio Martins.

6.2 Situação entomológica

A Vigilância entomológica é uma ação do programa do controle da Dengue que é feita a partir de coletas de larvas para medir a densidade de *A. aegypti* em áreas urbanas. Essa metodologia consiste em vistoriar os depósitos de água e outros recipientes localizados nas residências e demais imóveis, como borracharias, ferros-velhos, cemitérios, etc. (tipos de imóveis considerados estratégicos, por produzirem grande quantidade de mosquitos adultos), para cálculo dos índices de infestação predial (IIP).

O município de Inácio Martins no mês de maio/2022 foi encontrado um foco do *Aedes Aegypti*, porém não é considerado infestado por nenhum dos vetores, mesmo assim é feito o trabalho nos pontos estratégicos e levantamento de índice de infestação. Por conseguinte, a vigilância entomológica é desenvolvida em (04) localidades, com 2.749 imóveis e oito (08) pontos estratégicos. É realizada quatro ciclos de visitas anual, por três servidores (dois agentes de endemias e um coordenador) que registram as informações no SisPNCD- Sistema do Programa Nacional do Controle da Dengue e 04 LIA que é realizada 10% dos imóveis.

6.3 Situação da rede de assistência

Tipo de Unidade	Quantidade	Nível de Complexidade
Pronto Atendimento	01	Atenção primária e Urgência e Emergência
Equipe Saúde da Família	04	Atenção primária
Secretaria de Saúde	01	Atenção primária
Hospital	00	*

* *Hospital Santa Casa de Irati é a referência para atendimento hospitalar.*

7- MANEJO CLÍNICO PARA A TRÍADE DO *A. AEGYPTI*.

O tratamento sintomático é recomendado tanto para a Febre do Chikungunya quanto para o Zika Vírus após a exclusão de diagnósticos diferenciais. O importante é que se adotem as recomendações para manejo clínico preconizadas para a Dengue, na medida em que apresente elevado potencial de complicações e demanda medidas clínicas específicas para prevenção de complicações maiores. Assim como acontece na dengue e outras doenças virais, não é recomendado o uso de Ácido Acetilsalicílico

(AAS) ou outras drogas anti-inflamatórias em função do risco de complicações hemorrágicas, hepáticas e neurológicas.

Portanto, na dificuldade ou não de diferenciar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, todas as unidades que identificarem um caso suspeito de qualquer uma doença da tríade do *Aedes aegypti* deverão:

- Utilizar os critérios de classificação de risco do caso suspeito;
- Realizar hidratação oral;
- Administrar analgésicos e antitérmicos (sem salicilatos);
- Orientar sobre os sinais de alerta;
- Notificar e comunicar a vigilância epidemiológica imediatamente;
- Oportunizar a coleta oportuna dos exames específicos (a partir do 5º dia do início dos sintomas) e dos exames inespecíficos;
- Disponibilizar Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue;
- Reavaliar o paciente conforme protocolo de Manejo Clínico;
- Encaminhar para atendimento hospitalar o paciente que apresente sangramento, sinais de alarme ou sinais de choque;
- Priorizar a visita domiciliar aos pacientes em tratamento domiciliar, orientando os familiares sobre os sinais de alerta e/ou presença de sangramentos e aos que já tiveram alta hospitalar para verificar o cumprimento das recomendações para a fase de convalescência.

Em casos de epidemia a Secretaria de saúde funcionará em regime de 24 horas.

Segue –se classificação de risco conforme grupo de estadiamento:

Grupo A – atendimento de acordo com o horário de chegada

Grupo B – prioridade não urgente

Grupo C – urgência, atendimento o mais rápido possível

Grupo D – emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

Atenção:

- Quando houver suspeita de dengue identificada em visita domiciliar, as pessoas já devem ser orientadas quanto à hidratação oral pelo Agente Comunitário de Saúde ou pela equipe de saúde da família e encaminhadas à unidade de saúde mais próxima.

- Toda pessoa com suspeita de dengue deve receber soro de hidratação oral, de imediato, em sua chegada na unidade de saúde, mesmo enquanto espera por

atendimento.

- Considera-se Grupo Especial todo paciente com suspeita de dengue que se enquadre nas seguintes situações:

- crianças menores de 15 anos,
- gestantes,
- Idosos,
- Pacientes com comorbidades.

Para esse grupo, é mandatória a realização do hemograma completo com contagem de plaquetas, mesmo sem sangramentos e sinais de alarme. Para os demais pacientes, a realização do exame é recomendável.

7.1 GRUPO A – UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

TRATAMENTO - AMBULATORIAL

- Efetuar hidratação oral no domicílio ou na unidade
- Administrar analgésicos, antitérmicos (sem salicilatos)
- Orientar realizar avaliação dos sinais de alarme
- Reavaliar os pacientes de acordo o protocolo

TRATAMENTO – ESPECIAL

- Criança, gestante, adulto >60 anos e, pacientes com comorbidade.
- Hemograma completo, mesmo sem sangramentos e sinais de alarme.

Obs.: Crianças podem desenvolver Síndrome febril inespecífica com possíveis sinais e sintomas:

- Apatia ou sonolência
- Recusa alimentar e/ou líquidos
- Vômito, diarreia ou fezes amolecidas.
- Nos < 2anos - cefaleia, mialgia e artralgia, manifestam-se por choro persistente, adinamia e/ou irritabilidade.
- Formas graves – após 3o dia de doença, quando a febre começa a ceder.

A febre bifásica na criança pode não ocorrer em < 5 anos ou o início pode passar despercebido

O quadro grave pode ser identificado como início ou o agravamento é súbito (no

adulto é gradual)

Exantema maculopapular, podendo ser pleomórfico, com ou sem prurido, precoce ou tardio.

A síndrome hemorrágica grave na criança é sempre concomitante ou posterior ao quadro de choque.

No adulto as formas hemorrágicas podem ocorrer antes ou independente do choque.

Pode ocorrer transmissão vertical do vírus (DEN-2).

7.2 GRUPO B – UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE COM SUPORTE PARA OBSERVAÇÃO

TRATAMENTO

Unidade de pronto atendimento com leitos de observação ou hospital

- Disponibilizar enfermarias para observação contínua
- Administrar analgésicos, antitérmicos (sem salicilatos)
- Efetuar avaliação clínica cuidadosa para verificação dos sinais de alarme
- Realizar hidratação oral e endovenosa se for necessário
- Realizar exames específicos¹ e inespecíficos²
- Reavaliar o estadiamento dos pacientes, clínica e laboratorialmente em 24hs, conforme o protocolo

7.3 GRUPO C – UNIDADE DE ATENÇÃO TERCIÁRIA EM SAÚDE COM LEITOS DE INTERNAÇÃO

Sinais de Alarme:

- Dor abdominal severa
 - Vômito prolongado
- Mudança súbita da febre para hipotermia
 - Mudança no grau de consciência (irritabilidade ou sonolência)

TRATAMENTO

- Manter em caráter de urgência em Unidade hospitalar e mantido sob rigorosa observação
- Realizar hidratação venosa imediata
- Verificar sinais vitais rigorosamente a cada 2 ou 4hs
- Realizar avaliação clínica e coleta para exames:
Hematócrito após 4hs e Contagem de plaquetas após 12 h
- Realizar exames específicos¹ e inespecíficos²

7.4 GRUPO D - UNIDADE DE ATENÇÃO TERCIÁRIA EM SAÚDE COM LEITOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Sinais de choque:

- PA convergente

Hipotensão

Pulso rápido e fraco

Extremidades frias/pele pegajosa

TRATAMENTO

- Encaminhar para Unidade Hospitalar com leitos UTI
- Realizar hidratação EV imediata
- Realizar exames específicos¹ e inespecíficos
- Efetuar avaliação clínica a cada 15-30 minutos e de Hematócrito após 2hs
- Observar hematêmese e hemorragia pulmonar

Obs.: (1)- Exames específicos: Sorologia para Dengue e Isolamento Viral

(2)- Exames inespecíficos: Hematócrito, Hemoglobina, Plaquetas, Leucograma. Conforme necessidade: Gasometria, Eletrólitos, Transaminases, Albumina, TX de Tórax e Ultrassonografia.

8 – JUSTIFICATIVA

O controle do *Aedes aegypti* torna-se uma tendência preocupante, principalmente no primeiro semestre do ano, período que ocorre aumento das chuvas e também devido ao aumento no número de casos que se dá em algumas as regiões do Estado. Outro fator relevante é as dificuldades com o destino final do lixo.

Para não alcançar um nível epidêmico da dengue, é fundamental, a participação efetiva de todos os cidadãos, além da ação eficaz das instituições de forma articulada e planejada. Nesse sentido, várias estratégias estão sendo construídas com os objetivos de articular intersetorialmente as ações municipais de prevenção e controle da dengue e de aumentar consideravelmente a participação da população no controle mecânico do vetor.

9 – OBJETIVOS

9.1 *Objetivo geral:*

- Programar de forma oportuna medidas de saúde pública, objetivando a detecção precoce da patologia e adoção de medidas eficazes de combate ao vetor.
- Manter o município livre da infestação pelo *Aedes aegypti*, bem como a ocorrência de epidemia;

9.2 *Objetivos específicos*

- Organizar as ações de prevenção e controle da dengue.
- Classificar riscos nos serviços de saúde.
- Promover assistência adequada ao paciente, garantindo acesso, diagnóstico e manejo clínico adequado.
- Aprimorar a vigilância epidemiológica, garantindo notificação, investigação dos casos e monitoramento dos sorotipos virais.
- Bloquear oportunamente todos os casos notificados de dengue.
- Manter controle do vetor e de seus criadouros.
- Sistematizar as atividades de mobilização e comunicação.
- Fortalecer o Comitê Municipal de Mobilização para o Controle de Dengue.

10– METAS

- Manter a letalidade de FHD abaixo de 1%.
- Manter 100% de inspeção em imóveis para identificação e eliminação de criadouros de *Aedes aegypti*.
- Capacitar 100% dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).
- Envolver o Comitê Municipal de Mobilização para o Controle da Dengue e o Conselho Municipal de Saúde nas ações de combate à dengue.
- Criar mecanismos através de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas, terrenos baldios etc.;

11 – ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Objetivo	Atividade	Prazo	Responsáveis
Organizar as ações de prevenção e controle da dengue.	Realizar atividades de educação em saúde nas comunidades e escolas. Realizar visita de inspeção domiciliar Realizar visitas em pontos estratégicos. Efetuar aplicação de larvicida nos focos de dengue.	A cada 4 meses Diariamente Quinzenalmente Quando necessário	ESF Vigilância em Saúde
Classificar riscos nos serviços de saúde.	Identificar paciente com febre com duração máxima de 7 dias, acompanhada de pelo menos 2 dos seguintes sinais/sintomas: cefaléia, mialgia, dor retroorbitária, artralgia, prostração, exantema e que tenha estado em áreas de transmissão de dengue nos últimos 15 dias. Realizar estadiamento e tratamento.	No momento em que identificar um caso suspeito	Equipe de enfermagem. Equipe médica

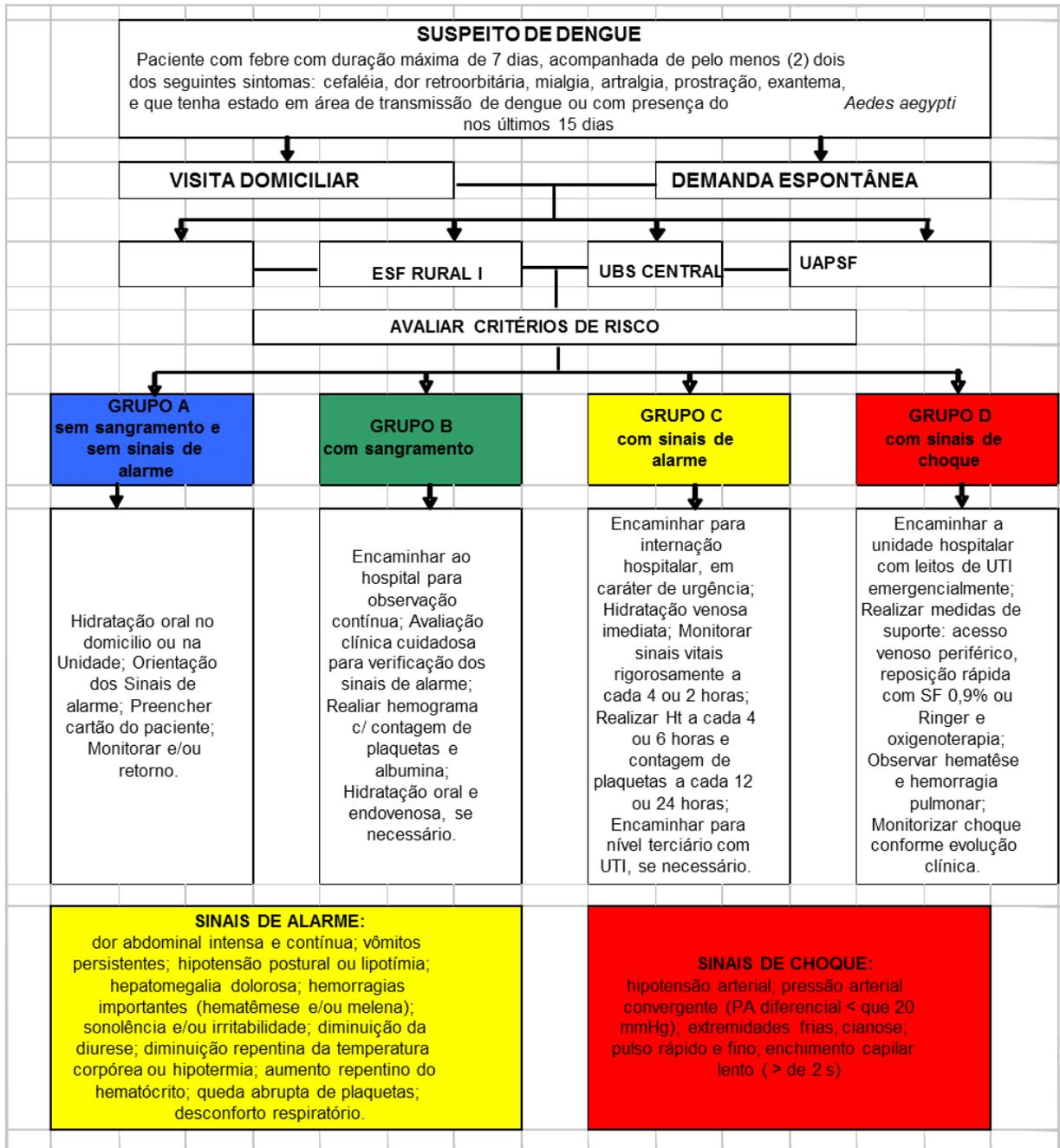
<p>Promover assistência adequada ao paciente, garantindo acesso, diagnóstico e manejo clínico adequado.</p>	<p>Realizar estadiamento e tratamento.</p> <p>Realizar coleta de sangue para exames específicos e específicos.</p> <p>Encaminhar para hospital de referência quando necessário.</p>	<p>No momento em que identificar um caso suspeito.</p> <p>Coleta e resultado em 24 horas para exame específico e coleta a partir do 5º dia do início dos sintomas para exame específico.</p> <p>No momento em que identificar um caso suspeito classificado no grupo de risco B, C ou D.</p>	<p>Equipe médica e de Saúde e Laboratório responsável</p>
<p>Aprimorar a vigilância epidemiológica, garantindo notificação, investigação dos casos e monitoramento dos sorotipos virais.</p>	<p>Realizar notificação imediata dos casos suspeitos de dengue.</p> <p>Realizar coleta para sorologia viral.</p> <p>Encaminhar sorologia para LACEN</p> <p>Investigar caso suspeito de dengue.</p> <p>Realizar busca ativa de novos casos de dengue.</p>	<p>No momento em que identificar um caso suspeito.</p> <p>5 dias após o início dos sintomas.</p> <p>24 horas.</p>	<p>ESF Laboratório Vigilância em Saúde</p>

<p>Bloquear oportunamente todos os casos notificados de dengue.</p>	<p>Alimentar semanalmente a planilha da dengue/Chikungunya/Zika.</p> <p>Realizar busca ativa de casos novos no raio de bloqueio.</p> <p>Realizar inspeção em 100% dos imóveis do raio de bloqueio, com eliminação de criadouros e tratamento químico se necessário.</p> <p>Realizar aplicação de inseticida à U.B.V. com equipamento portátil no raio de bloqueio, se necessário.</p> <p>Realizar aplicação de inseticida à U.B.V. com equipamento pesado em toda área afetada, se necessário.</p>	<p>24 – 48 horas</p> <p>Toda semana</p> <p>Até 24 horas após a notificação do caso.</p>	<p>Agentes de Endemias</p>
<p>Manter controle do vetor e de seus criadouros.</p>	<p>Manter 100% de visitas nos pontos estratégicos.</p> <p>Manter 100% de visitas nos 3 ciclos/ano.</p> <p>Realizar aplicação de larvicida nos focos de dengue.</p>	<p>A cada 15 dias.</p> <p>1 visita/ano nos 3 ciclos.</p> <p>6 ciclos (PNEM)</p> <p>No momento em que encontrar um foco de dengue.</p> <p>6 v</p>	<p>Agentes de Endemias e ACSs</p>
<p>Sistematizar as atividades de mobilização e comunicação.</p>	<p>Realizar palestras nas comunidades e escolas.</p> <p>Distribuição de folders.</p> <p>Distribuição de cartazes em estabelecimentos estratégicos (comércio, igrejas, associações, banco, escolas...).</p>	<p>A cada 4 meses.</p>	<p>Vigilância em Saúde.</p> <p>Comitê Municipal de Mobilização para o Controle de Dengue.</p>

<p>Fortalecer o Comitê Municipal de Mobilização para o Controle de Dengue.</p>	<p>Divulgação na imprensa (Rádio Martinense , site – www.inaciomartins.pr.gov.br).</p> <p>Realizar mutirões contra a dengue.</p> <p>Realizar reuniões periodicamente.</p> <p>Envolver o Comitê nas ações de combate a dengue.</p>	<p>A cada 1 ano.</p> <p>A cada 3 meses.</p> <p>A cada 3 meses.</p>	<p>Secretaria Municipal de Obras</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Comitê Municipal de Mobilização para o Controle de Dengue.</p>
--	--	--	--

12 - ANEXOS

Anexo 1 – Fluxograma



13. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ACORDO COM OS SINAIS E SINTOMAS

Azul: Grupo A – atendimento de acordo com o horário de chegada ou em domicílio, neste caso orientar familiares sobre sinais de alarme e/ou presença de sangramentos.

Verde: Grupo B – prioridade não urgente com encaminhamento para observação em unidade hospitalar.

Amarelo: Grupo C – urgência, atendimento o mais rápido possível com internação hospitalar e se necessário, encaminhamento para nível terciário com UTI.

Vermelho: Grupo D – emergência, paciente com necessidade de atendimento hospitalar imediato e encaminhamento para nível terciário com UTI.

Obs.:

Orientar sobre sinais de alarme e/ou presença de sangramentos;

No caso de alta hospitalar verificar o cumprimento das recomendações para a fase de convalescência.

14 - BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. *Boletim Informativo Dengue* Nº 36/2015 – vol. 46. Disponível em: <www.dengue.pr.gov.br> Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Preparação e Resposta à Introdução do Vírus Chikungunya no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. *Dengue: Vigilância Entomológica*. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigo/38410/dengue-vigilancia-entomologica#ixzz3uJfNyaC4>> Acesso em: 10 dez. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. *Guia para elaboração de Plano de Contingência para Epidemias de Dengue*. Curitiba: SESA, 2009.